

Dr. med. Georg Stirtz

Facharzt für Anästhesie und  
Spezielle Schmerztherapie

Bücklestr. 3-5, Haus 6, 3.OG  
78467 Konstanz

Fon 07531 · 9 97 89 77  
Fax 07531 · 9 97 89 88

[www.med-balance.de](http://www.med-balance.de)  
[info@med-balance.de](mailto:info@med-balance.de)

## Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus  
und bringen ihn zum ersten Termin mit.  
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen  
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname		Name	
Straße			Nr.
PLZ	Ort		
Telefon	Mobil	Fax	
Geburtsstag	Geburtsort	Geburtszeit	
Körpergröße / Gewicht		Beruf	

## Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?  
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

\_\_\_\_\_

Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

\_\_\_\_\_

Wie war der Erfolg?

- sehr gut    gut    mäßig    schlecht    sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Eine Erkrankung    Kummer    Trauer    Schreck    Operationen    Hautausschläge  
 andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

\_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

\_\_\_\_\_

## Krankheitsgeschichte

### Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- |   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern                     | <input type="checkbox"/> Mumps               | <input type="checkbox"/> Röteln  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   |
| <input type="checkbox"/> Windpocken                 | <input type="checkbox"/> Scharlach           | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Malaria                    | <input type="checkbox"/> Salmonellose        | <input type="checkbox"/> Ruhr    | <input type="checkbox"/> Siphilis      |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten          | <input type="checkbox"/> Tuberkulose         |                                  |  |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja  nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja  nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja  nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs              | <input type="checkbox"/> Tuberkulose            |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten        |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit        |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus       | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten       |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  | <input type="checkbox"/> Gicht                  |
| <input type="checkbox"/> Allergien          | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte        |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis      | <input type="checkbox"/> andere:                |

## Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG)     | <input type="checkbox"/> Röteln     |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera    |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie            | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> HIB                   | <input type="checkbox"/> Pocken     |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten           | <input type="checkbox"/> Grippe     |
| <input type="checkbox"/> Masern                | <input type="checkbox"/> andere:    |
| <input type="checkbox"/> Mumps                 |                                     |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber  
 Krämpfe  
 Unruhe  
 Schlaflosigkeit  
 Verhaltensveränderungen

### Emotionales

- Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?  ja  nein  
 Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  nein  
 Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?  ja  nein  
 Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?  ja  nein  
 Mögen Sie enge Räume (Fahrstühle etc.)?  ja  nein

- Mangelnde Konzentration?  ja  nein  
 Sind Sie müde und erschöpft?  ja  nein  
 Reizbarkeit verstärkt?  ja  nein  
 Ängste-Schuldgefühle-Konflikte?  ja  nein  
 Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein

- Schwitzen Sie leicht?  ja  nein  
 Schwitzen Sie Nachts?  ja  nein  
 An welchem Körperteil: \_\_\_\_\_  
 kalter Schweiß  warmer Schweiß

- Frieren Sie schnell?  ja  nein  
 Kalte Hände  kalte Füße  
 Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?  
 sehr belastbar  mäßig belastbar  gar nicht belastbar

- Wie ist ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?  
 sehr gut  gut  mäßig  schlecht

- Haben Sie einen Partner(in)?  ja  nein  
 Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner(in)?  
 sehr gut  gut  mäßig  schlecht

- Sind Sie glücklich?  ja  nein

### Ernährung

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte    | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen      |
| <input type="checkbox"/> Eier             | <input type="checkbox"/> Zucker      |
| <input type="checkbox"/> Nüsse            |                                      |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

- Süß  
 Sauer  
 Pikant  
 Bitter  
 Salzig  
 Scharf  
 Fleisch  
 Eier  
 Obst  
 Nikotin  
 Alkohol

Abneigungen gegen

- Süß  
 Sauer  
 Pikant  
 Bitter  
 Salzig  
 Scharf  
 Fleisch  
 Eier  
 Fett  
 Alkohol

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja  nein

wenn ja welche:

Wurden Sie gestillt?

- ja  nein

War ihre Geburt eine natürliche?

- ja  nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten

mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja  nein

## Wohnung

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz auf Geopatische und Elektromok-Belastungen untersucht worden?

ja  nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: \_\_\_\_\_
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft: \_\_\_\_\_
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

Schlaflage

- Bauch
- Rücken
- links
- rechts
- sitzend
- kniend
- zusammengerollt

## Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig  selten  nie

Stirn-Augen-Schläfenregion  
 Hinterhauptregion

morgens  
 abends

halbseitig  
 links  rechts

doppelseitig  
 wandernd von links nach rechts

wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was verbessert:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was verschlechtert:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haare

- Haarausfall
- kreisrunder
- vereinzelter
- seit wann: \_\_\_\_\_

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit: \_\_\_\_\_

Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Zähne/Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche

Beschwerden bei der Zahnung

Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Wurzelbehandelte Zähne

Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf  
 heiß  kalt

Wurden bei Ihnen

Amalgamfüllungen entfernt?

Ja  Nein

Zahnfüllmaterialien:

Amalgam

Gold

Titan

Kunststoff

Keramik

Palladium

Nase

Operationen

Heuschnupfen

Allergien auf: \_\_\_\_\_

behinderte Nasenatmung

Nase verstopft

Absonderungen:

wässrig  schleimig

eitrig  grünlich

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

Operation

häufig Mandelentzündungen

als Kind  heute

Schilddrüse

Überfunktion

Unterfunktion

Vergrößerung

Operation

### Brust . Bauch . Rücken

#### Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

#### Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen

#### Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

#### Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

#### Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

#### Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

#### Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

#### Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
- häufig:

#### Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

#### Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Geruch nach:

#### Stuhlgang

- täglich
- jeden 2.Tag
- unregelmäßig
- riecht nach:
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

#### Konsistenz des Stuhls

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

### Arme . Beine . Rücken . Haut

#### Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

#### Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

#### Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

#### Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

### Gynäkologischer / Urologischer Bereich

#### Gynäkologisch

- Ausfluß
- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche
- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wieviele: \_\_\_\_\_
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

#### Menses

- Wann war die erste Menses?
- Wann die letzte?

#### Blutungen sind

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

#### Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

#### Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr